

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N° 180

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

HEUNET JEAN

Né le 20 Septembre 1905, à Lambres-les-Douai (Nord)

TITRE :

LE RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

COMPLICATION

DE LA DILATATION DES BRONCHES

Président :

M. Léon BERNARD, Professeur

CHARLEVILLE

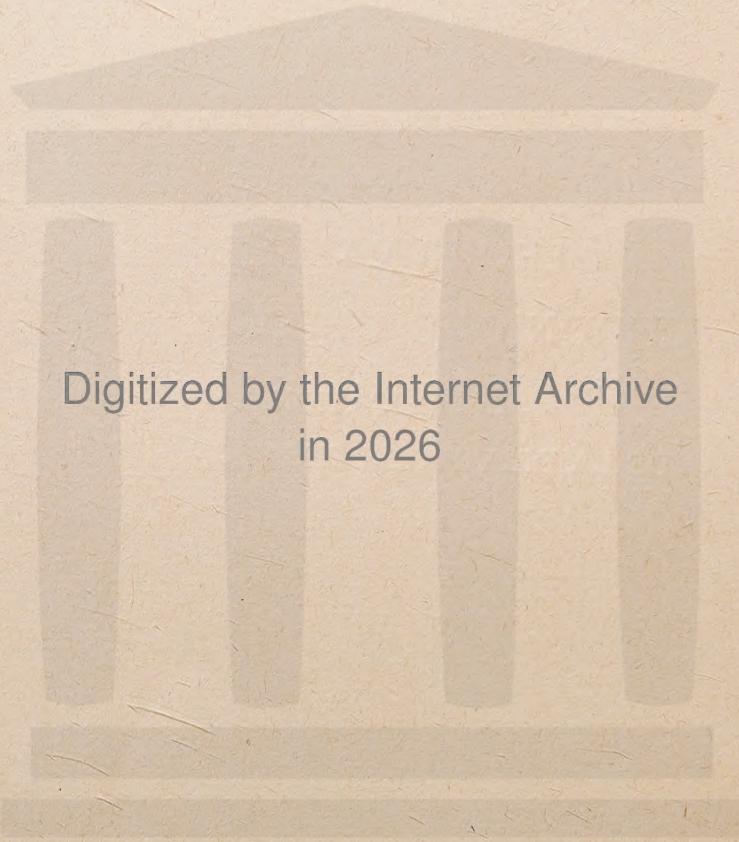
Imprimerie Moderne, 21, Rue du Petit-Bois

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Phatologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Phatologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

LE RHUMATISME
CHRONIQUE DÉFORMANT
COMPLICATION
DE LA DILATATION DES BRONCHES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552827_0029

D^r Jean HEUNET

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

COMPLICATION
DE LA DILATATION DES BRONCHES

Travail de la Clinique de la Tuberculose

Faculté de Médecine de Paris

CHARLEVILLE
Imprimerie Moderne

1982



MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Léon BERNARD

Professeur de clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre vive reconnaissance
pour le très grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de
notre thèse.*

à Monsieur le Docteur Maurice LAMY
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur HARTMAN

Chirurgien de l'Hôtel Dieu.

M. le Professeur BESANÇON

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. le Professeur Léon BERNARD

Médecin de l'Hôpital Laë nec.

M. le Docteur CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. le Docteur BOIDIN

Médecin de l'Hôpital Beaujon.

M. le Docteur LESNE

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

M. le Docteur DEVRAIGNES

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

M. le Docteur CHIFOLIAN

à M. WIRIATH

Directeur de l'Ecole Supérieure de Commerce de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

à M. le Docteur LEMIERE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Les manifestations articulaires ne représentent pas une éventualité tout à fait exceptionnelle au cours des bronchectasies.

Certaines d'entre elles, il est vrai, ne sont qu'une localisation particulière d'une septico-pyohémie, telles ces arthrites purulentes qu'il est donné quelquefois au médecin d'observer chez un dilaté bronchique et qui évoluent avec la symptomatologie bruyante habituelle aux pyarthroses.

Ailleurs, tout se limite à des manifestations douloureuses frustes, transitoires et limitées à l'une ou à l'autre des grandes articulations, celles des genoux le plus souvent.

Le tableau clinique qui, de beaucoup, se trouve le plus souvent réalisé, est celui de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante dite pneumique. La maladie de Pierre Marie, il est vrai, malgré sa dénomination habituelle, n'est pas caractérisée essentiellement par des désordres articulaires : ici, il s'agit essentiellement d'altérations osseuses et de désordres périostés.

En effet, au jugement de Léri qui consacrait récemment une étude à ce sujet, les deux caractéristiques essentielles de cette ostéoarthropathie hypertrophiante sont une décalcification osseuse étendue et surtout l'existence d'une gaine d'ostéo-périostite essentiellement localisée autour des diaphyses et éventuellement étendue aux extrémités osseuses. L'arthrite proprement dite est ici manifestement secondaire.

Quoique les descriptions classiques n'en fassent pas mention, il est incontestable que certains cas de dilatation des bronches sont susceptibles de se compliquer de manifestations articulaires d'un ordre tout-à-fait différent, et de réaliser tout le tableau du rhumatisme chronique déformant. Il ne semble pas que de tels faits aient été relatés avant l'observation princeps de Jacquet, Roquejeoffre et Alavoine: à l'occasion d'un cas observé par eux, ces auteurs eurent le mérite de mettre en relief les caractéristiques essentielles de cette complication. Plus récemment, Jean Minet et Warembourg publiaient un nouveau cas assez comparable au précédent. Enfin, nous avons eu, il y a quelques mois, l'occasion d'observer chez une jeune femme, bronchectasique d'ancienne date, des manifestations de rhumatisme chronique du type déformant dont le rattachement à l'affection bronchique semble incontestable.

Le rapprochement de ces trois observations, en autorisant d'intéressantes comparaisons, permet d'édifier la description d'un syndrome qui, pour rare qu'il soit, n'en mérite pas moins d'être connu. Au surplus, de telles constatations soulèvent d'importants problèmes d'ordre pathogénique et thérapeutique sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

* * *

Les deux cas que nous avons retrouvés dans la littérature, et aussi celui que nous avons personnellement observé, ont trait à des adultes. Deux de ces trois observations concernent des femmes, la troisième est un cas masculin.

Il n'est pas impossible qu'une telle complication puisse être éventuellement observée chez un enfant. On sait en effet la fréquence de la dilatation des bronches dans la deuxième enfance et la probabilité de l'origine congénitale d'un certain nombre de bronchectasies. Au surplus, le développement de bronchectasie après une bronchopneumonie prolongée consécutive à la rougeole ou à la coqueluche, rendent de cette fréquence relative un compte suffisant.

Il semble néanmoins, sans que le petit nombre d'observations recueillies permette sur ce point une affirmation péremptoire, qu'une bronchectasie d'ancienne date soit nécessaire au développement des manifestations articulaires chroniques du type déformant. Dans l'observation de Jacquet les manifestations bronchiques remontaient déjà à plusieurs années quand les arthrites déformantes se sont manifestées sous un aspect évident. Chez notre malade, un intervalle de près de 25 ans a existé entre les manifestations bronchectasiques initiales et les premières déformations articulaires.

On ne saurait contester néanmoins l'existence d'un lien de causalité entre l'affection bronchopulmonaire et le rhumatisme déformant : chez la malade que nous avons personnellement suivie et chez les patients dont nous avons étudié

les observations, les poussées articulaires évoluaient parallèlement à l'aggravation des phénomènes bronchiques. A l'inverse, une sédation des symptômes bronchiques avait un retentissement, et souvent presque immédiat, sur l'amélioration des symptômes articulaires.

Au demeurant, aucune autre cause chez l'un ou l'autre de ces patients, ne saurait être invoquée avec vraisemblance. Aucun d'eux n'était entaché de tuberculose ni de syphilis; aucun ne présentait le moindre signe clinique ni le moindre stigmaté bactériologique ou humoral de l'une ou de l'autre infection. L'infection gonococcique pouvait être elle aussi et chez tous les trois écartée.

L'influence éventuelle d'une exposition au froid humide, à laquelle d'aucuns, on le sait, accordent une si grande importance dans le développement du rhumatisme chronique déformant, n'a pu être, chez aucun d'entre eux, retrouvée.

Enfin, c'est sans aucune raison valable que l'on invoquerait chez l'un ou l'autre de nos trois rhumatisants l'influence d'un trouble sympathique, d'une altération nerveuse ou d'une tare endocrinienne. L'enquête que nous avons menée personnellement chez notre malade a donné un résultat complètement négatif.

*
* *

L'aspect clinique que réalisent les déformations articulaires, leur siège, le caractère des lésions que révèlent l'examen clinique et l'exploration radiologique, tout cela constitue un ensemble de symptômes des plus caractéristiques, très différent, à coup sûr, des désordres communément observés chez des dilatés bronchiques d'ancienne date : l'hypocratisme digital et l'ostéo-arthropathie hypertrophiante des extrémités.

Un grand nombre d'articulations peuvent être touchées. En fait, le malade accuse assez souvent, semble-t-il, des douleurs assez diffuses, étendues à un grand nombre d'articles, voire à la majorité des jointures. Dans le fait, les désordres se localisent sur certaines articulations seulement ou, en tout cas, prédominent avec netteté sur certaines d'entre elles. A cet égard, le cas Jacquet et aussi notre observation personnelle représentent deux exemples typiques. Chez ces deux malades, la prédominance des dégâts sur les jointures des extrémités, sur les petites articulations des pieds surtout des mains est éclatante. Une telle localisation évoque déjà, et d'emblée, le rhumatisme nouveau de Charcot.

Une observation plus attentive des mains et des doigts est encore plus significative. En effet, dans les deux observations les plus typiques, dans celle de Jacquet et dans la nôtre, l'aspect des mains est très évocateur de la maladie de Charcot. Ici et là, nous notons des déformations manifestes, un élargissement du poignet, une attitude de demi-

flexion de certains doigts et ailleurs une hyper-extension des phalangettes sur les phalanges. On note occasionnellement une campto-dactylie très marquée et ailleurs une véritable subluxation de la phalange sur le métacarpien.

Surtout, il existe une irrégularité de forme et de volume des doigts singulièrement frappante, essentiellement constituée par un élargissement insolite des jointures et surtout des articulations phalango-phalangiennes. Il s'en faut du reste que les désordres anatomiques soient limités aux extrémités. Dans notre observation, il existait une tuméfaction considérable du genou gauche avec perte des méplats, aspect globuleux et attitude vicieuse en demi-flexion. Les articulations tibio-tarsiennes étaient, elles aussi, touchées, plus discrètement il est vrai. Dans le cas de Jean Minet et Warembourg, les deux genoux paraissaient empâtés, un peu tuméfiés; la mobilisation active ou passive de la jambe vers la cuisse, la pression au niveau des interlignes articulaires entraînaient des douleurs très violentes. On notait l'existence de craquements articulaires des deux côtés et, à droite, celle d'un léger choc rotulien.

Malgré l'importance éventuelle des déformations et celle de l'ankylose, presque complète pour certains des articles, les altérations siègent au moins pour une grande part sur les parties molles. En effet, un examen plus approfondi révèle que les déformations sont dues, non pas tant à la déviation et à l'hypertrophie des os comme le fait est de règle dans le rhumatisme déformant habituel, qu'à la tuméfaction des séreuses articulaires, tendineuses et péri-articulaires. La palpation, en effet, révèle l'existence d'hyarthroses multiples de la main et des doigts et aussi de syno-

vites avec épanchement qui donnent à cette forme d'arthrite un caractère un peu particulier de rhumatisme séreux. Pour beaucoup de ces articulations, le squelette paraît relativement peu atteint. Certaines d'entre elles, néanmoins, sont sévèrement touchées, ce dont témoigne la constatation de gros craquements articulaires. Ailleurs, la participation de l'os est encore plus évidente, attestée par une limitation considérable des mouvements et, quelquefois, par une ankylose serrée. Dans notre observation personnelle, les mouvements du poignet étaient limités dans d'extraordinaires proportions, réduits à une flexion très discrète.

Au demeurant, l'étude des clichés radiographiques met en évidence des altérations osseuses manifestes et qui évoquent celles que l'on a accoutumé de tenir pour caractéristiques du rhumatisme chronique dit déformant. Dans l'observation de Jacquet, la radiographie des deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes droites extériorise la résorption complète du cartilage diarthrodial avec commencement d'éburnation des épiphyses en contact. Chez notre malade, les désordres sont encore plus évidents: à droite, la quatrième articulation phalango-phalangienne a pour ainsi dire disparu; il existe une soudure osseuse à peu près complète. A la hauteur du poignet, les dégâts revêtent une intensité maxima. Des deux côtés, l'interligne articulaire radio-carpien a quasiment disparu. A gauche, on note la soudure complète du trapézoïde avec le deuxième métacarpien. La plupart des interlignes qui, normalement, séparent les os du carpe, sont indivisibles. De plus, les films attestent une décalcification osseuse qui revêt une intensité maxima sur l'extrémité inférieure des radius.

Sur les autres articulations, les délabrements sont moins étendus. Chez notre malade, l'étude comparative des clichés des deux genoux ne montre aucune altération manifeste des extrémités articulaires mais seulement une décalcification osseuse étendue.

Chez aucun des trois malades, il n'a été observé de symptômes d'ostéo-arthropathie hypertrophiante et l'examen des clichés atteste l'absence de cette ostéo-périostite diaphysaire engainante qui en représenterait le stigmate essentiel. Chez deux d'entre eux et chez ceux précisément qui possédaient les déformations articulaires les plus typiques, on notait, paradoxalement, l'absence complète de toute déformation hippocratique des doigts. Seul le malade de Jean Minet et Warembourg présentait un léger hypocratisme digital.

Les autres symptômes qu'il est possible de constater dans les cas de ce genre n'offrent rien de très caractéristique. L'état général est assez souvent touché d'assez sévère façon ce qu'expliquent suffisamment la longue durée d'une suppuration broncho-pulmonaire, l'importance des lésions bronchiques et les troubles circulatoires qu'elles entraînent et aussi les douleurs qu'occasionnent les arthrites et l'immobilisation qu'éventuellement elles imposent.

En fait, l'examen clinique et l'exploration radiologique du thorax révèlent des altérations bronchiques étendues. Dans les trois cas que nous avons étudiés, il existait des lésions bilatérales et extensives, attestées par la prise de clichés après injection intra-trachéale de lipiodol.

Quant aux examens de sang, ils ne révèlent rien d'essentiel hormis une anémie qui est susceptible d'atteindre un

degré appréciable et celle d'une leucocytose avec polynucléose, témoins de l'existence d'un foyer suppuratif. Chez notre malade, nous avons pratiqué l'épreuve de la sédimentation globulaire et observé une accélération considérable de celle-ci, résultat que l'on peut interpréter comme extériorisant une affection en cours d'évolution. Il est vrai qu'il est difficile de faire ici la part de ce qui revient à l'affection thoracique et aux affections rhumatisantes.

*
* *

L'évolution de la maladie est, on le conçoit, essentiellement chronique. Des altérations articulaires, aussi profondes et aussi étendues que celles qu'il est éventuellement possible de constater, mettent des mois, voire des années, à se constituer. Ce n'est pas dire qu'il s'agisse, dans tous les cas, d'une évolution régulière et progressive. Déjà, nous avons signalé la possibilité de poussées articulaires, allant de pair avec une aggravation des phénomènes broncho-pulmonaires et une élévation du taux de la vidange muco-purulente. A cette occasion, il est possible de noter une élévation thermique qui peut dépasser 38 ou avoisiner 39, et susceptible, du reste, de se prolonger pendant plusieurs jours. Puis, une sédation survient et qui porte d'ordinaire à la fois sur l'état bronchique et sur les manifestations articulaires jusqu'à une nouvelle reprise.

A l'opposé, qu'une amélioration des symptômes thoraciques survienne, apparue spontanément ou déclenchée par une intervention thérapeutique, on note parfois une amélioration notable des douleurs articulaires et du gonflement local. On devine que de telles modifications s'observent essentiellement quand il s'agit de rhumatisme séreux et de manifestations récentes. Des lésions anciennes, une ankylose osseuse constituée, représentent, de toute évidence, une infirmité définitive.

* * *

On sait à combien de reprises la pathogénie de l'hippocratisme digital et celle de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante ont été débattues. En mettant de côté des conceptions digitales et celle de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante anciennes, aujourd'hui unanimement écartées, on sait que 2 hypothèses seulement sont aujourd'hui discutées: l'une accordant un rôle essentiel à ces foyers d'infection suppurative chronique que l'on retrouve presque toujours chez ces types de malades et l'autre attribuant une importance de premier plan à la stase veineuse et aux troubles de la petite circulation que détermine la présence d'une lésion pulmonaire étendue.

L'une et l'autre thèses peuvent être invoquées pour expliquer le mécanisme producteur d'un rhumatisme chronique déformant chez un bronchectasique.

On sait avec quelle faveur certains acceptent l'origine infectieuse du rhumatisme chronique déformant, l'acharnement que, dans certains pays, l'on met à rechercher les foyers supposés d'infection et les excès qui, dans cet ordre d'idées ont été récemment commis. Les trois observations que nous avons étudiées apportent, il est vrai, un argument important à cette thèse de l'infection « focale ».

On ne saurait néanmoins admettre d'emblée et de façon exclusive cette pathogénie et, sans doute, faut-il faire jouer un rôle à ces troubles de la circulation pulmonaire dont nous évoquons plus haut la possibilité et qui paraissent ici peu contestables.

Il resterait enfin à expliquer pourquoi la même affection, ici la dilatation des bronches, détermine chez les uns et chez les autres des désordres si différents; chez l'un la déformation hippocratique des doigts, chez un autre, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante et chez un troisième, des altérations du rhumatisme chronique du type déformant. A dire le vrai, nos connaissances sur le mécanisme pathogénique de ces différents syndrômes sont trop imprécises pour qu'il soit possible d'envisager aujourd'hui la solution de ce problème. Evoquer un « terrain » particulier ne représente qu'une explication commode, purement théorique que rien dans l'anamnèse ni dans l'examen des patients ne vient appuyer. Au surplus, ce serait réveiller une vieille querelle en évoquant de nouveau cette diathèse rhumatismale qui ne trouve plus guère aujourd'hui de crédit.

*
* *

Le traitement du rhumatisme chronique déformant chez un bronchectasique devrait, de toute évidence, s'attaquer d'abord à la lésion causale. C'est dire que, dans un cas de ce genre, c'est essentiellement contre la lésion bronchique que devrait s'exercer l'effort du médecin.

La thérapeutique de la silatation des bronches donne, il est vrai, à l'heure actuelle des résultats singulièrement décevants. Les cures de soif, le drainage postural, représentent des méthodes qui n'ont guère donné que des déboires. La collapsio-thérapie chirurgicale, pratiquement la phrénicectomie, ne saurait être envisagée qu'en présence d'une lésion unilatérale, limitée. Or, les bronchectasies qui se compliquent de polyarthrite semblent correspondre à des lésions étendues; à tout le moins, c'est d'altérations de ce genre qu'il s'agissait dans les cas que nous avons étudiés ici. Peut-être l'aspiration bronchoscopique serait-elle susceptible de rendre quelques services, au moins au cours de ces poussées aiguës, qui, nous l'avons vu, sont escortées parfois d'une aggravation et d'une extension des désordres articulaires.

La vaccinothérapie paraît être la méthode qui, dans les cas de cet ordre, est susceptible de donner les résultats les plus valables. A cet égard, l'observation de Jacquet, Roquejeoffre et Alavoine est des plus significatives. Le résultat obtenu par ces auteurs, après cinq injections de vaccin pneumo-strepto-diphthérique a été, d'après leur propre témoignage, inattendu et très supérieur à leurs prévisions. Ce

résultat, obtenu il est vrai au prix d'un choc intense, a été des plus remarquables, portait à la fois, du reste, sur les symptômes bronchiques et sur les accidents articulaires. A la fin du traitement, l'expectoration était complètement tarie. Dans le même temps, les réactions inflammatoires des jointures s'étaient peu à peu dissipées. A la longue, les déformations articulaires elles-mêmes finissent par céder, les tuméfactions cylindriques des poignets s'affaissent, le gonflement métacarpo-phalangien s'atténue. La peau reprend un aspect normal.

Le malade de Jean Minet et Warembourg, moins sévèrement touché il est vrai, a été, lui aussi, amélioré dans des proportions considérables à la suite d'un traitement vaccinothérapique. Ici encore, l'injection sous-cutanée d'un vaccin polyvalent a amené une diminution considérable de l'expectoration, une sédation de la dyspnée et, parallèlement, une diminution des arthralgies et une disparition de l'empâtement local.

La malade que nous avons personnellement traitée a tiré du traitement vaccinothérapique, un bénéfice beaucoup moins appréciable et les résultats observés ont été assez peu frappants. Peut-être faut-il accuser ici l'ancienneté des arthrites. Peut-être faut-il accuser ici l'ancienneté des arthrites et le degré des altérations osseuses.

On ne saurait du reste négliger chez de tels malades la thérapeutique qu'il est d'usage d'opposer au rhumatisme chronique. C'est dire l'utilité chez eux des anti-névralgiques, l'opportunité d'instituer un traitement physio-thérapique ou de prescrire une cure hydro-minérale destinés à amender les

douleurs et à combattre l'ankylose. Et peut-être la chrysothérapie récemment vantée est-elle susceptible de rendre ici des services.

Il semble, en tout cas, qu'il y ait lieu, dans des cas de ce genre, d'entreprendre avant tout autre, un traitement vaccinothérapique. A coup sûr, on ne saurait compter sur lui pour obtenir dans tous les cas ni la guérison ni même une amélioration substantielle. Il compte cependant à son actif des succès assez nets pour mériter d'être d'emblée mis en œuvre.

OBSERVATION I (*inédite*)

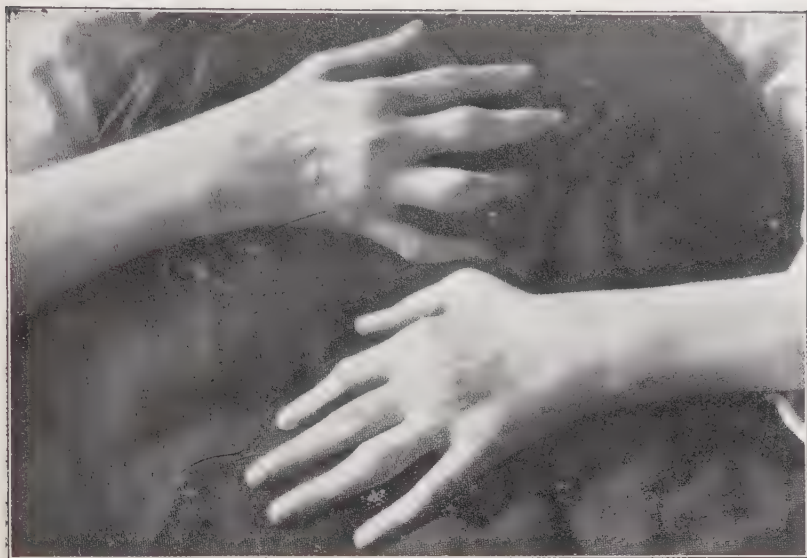
Mlle C..., âgée de 33 ans, sans profession, nous consulte le 2 décembre 1931 pour des arthropathies tenaces dont elle souffre depuis longtemps.

En effet, depuis 1927, ses poignets peu à peu sont devenus douloureux et se sont ankylosés jusqu'à entraîner une impotence fonctionnelle telle qu'elle lui interdit désormais de s'occuper de son ménage. Cet état a persisté pendant un an sans amélioration. A ce moment, la malade a commencé à se plaindre de douleurs occupant les articulations tibio-tarsiennes et qu'exagérait nettement la marche. Enfin, il y a trois mois environ, l'articulation du genou gauche est devenue très volumineuse et ses mouvements de plus en plus douloureux ont fini par interdire toute mobilisation de l'article.

Pendant cette longue période, la température ne s'est jamais élevée, l'appétit est demeuré normal et l'état général est resté sans modification appréciable. L'interrogatoire de Mlle C... révèle un autre fait extrêmement important : l'existence d'un syndrome de dilatation bronchique datant de plus de 25 ans. En effet, à l'âge de 5 ans, à la suite d'une rougeole compliquée d'une bronchopneumonie grave et prolongée, elle a commencé à présenter une expectoration qui, depuis cette date, ne s'est jamais tarie. Au contraire, d'abord modérée, elle s'est peu à peu exagérée et depuis 5 ou 6 ans, est devenue extrêmement abondante. Marquée surtout le matin, heure à laquelle se produit une véritable vomique muco-purulente, elle persiste toute la journée, la malade finissant par évacuer dans les 24 heures une quantité correspondant à 200 grammes environ.

Sur cet état bronchopulmonaire chronique ce sont greffés deux épisodes aigus : l'un en 1918, l'autre en 1925 qui, l'un et l'autre furent étiquetés « pneumonie ». De plus, en 1922, à la suite d'une grippe, une phlébite bilatérale des membres inférieurs a imposé un séjour au lit de trois mois. L'examen de la malade révèle les symptômes suivants. Il s'agit d'une jeune femme assez pâle, un peu maigre, mais non cachectique. D'emblée, l'attention est attirée sur des déformations articulaires manifestes. Celles des mains sont les plus frappantes. Il existe une augmentation de volume évidente des articulations métacarpo-phalangiennes et surtout phalango-phalangiennes. L'ensemble de la main, des deux côtés, est dévié en coup de vent vers le rebord cubital. A gauche, il existe une subluxation presque complète de la phalange sur le premier métacarpien. On note une campo-dactylie très marquée de l'auriculaire droit. On note aussi une déformation des deux poignets et leur élargissement transversal. La palpitation des divers articles réveille une douleur franche des articulations des doigts dont les mouvements sont extrêmement difficiles, très limités, extrêmement douloureux. La diminution de la mobilité articulaire paraît maxima à la hauteur du poignet dont les articulations paraissent presque complètement ankylosées; seul persiste un léger degré de flexion.

Les autres jointures sont beaucoup moins sévèrement touchées. Le genou gauche, néanmoins, est très augmenté de volume, ses méplats sont effacés, les mouvements actifs et passifs sont possibles mais douloureux et limités. Il existe un volumineux empatement péri-articulaire, mais il semble qu'il n'existe pas de liquide dans l'articulation, les extrémités osseuses ne sont pas franchement augmentées de volume. Les articulations tibio-tarsiennes sont, elles aussi, un peu augmentées de volume et les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe sont limités et douloureux; les autres articulations paraissent indemnes. L'examen de l'appareil respiratoire décèle les symptômes suivants : présence de gros râles ronflants, sibilants et bulleux, siégeant sur toute la hauteur des deux poumons, en avant et en arrière, mais plus nombreux et plus groupés à la partie moyenne du poumon droit et à la base gauche. Pas de modification de la sonorité ni des vibrations vocales; présence d'une expectoration très abondante, muco-purulente, réalisant l'aspect habituel des crachats bronchectasiques, d'odeur fade



sans fétidité véritable. Le reste de l'examen ne dénote rien d'essentiel, la température est normale et aussi la cadence du pouls; les chiffres de la tension artérielle, mesurée avec l'appareil de Vaquez, sont de 18 pour la maxima et 8 pour la minima. Pas d'anomalie à l'examen clinique du cœur; foie et rate non augmentés de volume. Examen neurologique négatif. Absence de sucre et d'albumine dans les urines.

Radiographies :

Main droite. — Décalcification de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. — Ankylose presque complète du carpe avec disparition presque totale des interlignes articulaires. La quatrième articulation phalango-phalangienne a complètement disparu; il existe à ce niveau une soudure osseuse complète. Même aspect plus discret à hauteur de la troisième articulation phalango-phalangienne.

Main gauche. — Disparition quasi-complète de l'interligne radiocarpien. Ankylose partielle du carpe. — Subluxation de la première phalange sur le premier métacarpien.

Articulation des genoux. — A gauche, gros épaissement des parties molles visibles sur le cliché. — Pas de modification des contours osseux ni d'aspect de l'interligne. — Décalcification nette de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia.

A droite, aspect sensiblement normal, rien à signaler en dehors d'une légère décalcification osseuse.

Radiographie du thorax. — Présence de nombreuses traînées opaques occupant la totalité des deux champs pulmonaires, mais surtout la partie moyenne et la base du poumon droit. — Pas de modification de l'image cardiaque. — Radiographie après injection intra-trachéale de lipiodol. — Présence d'images « en doigts de gant » et « en nids de pigeon » occupant une partie de la base droite. — Présence de volumineuses images en doigt de gant siégeant à la base gauche et transparaissant derrière l'ombre cardiaque.

Examen de laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative. — Examen de sang : globules rouges 4.400.000. — Globules

blancs : 17.000. — Hémoglobine 80 %. — Formule leucocytaire . polynucléaires neutrophiles à 72 %. — Polynucléaires basophiles: 1. — Grand et moyen mononucléaires : 11. — Lymphocytes : 8. — Formes de transition : 8. — Examen des crachats. — Absence de bacille de Koch. — Présence de rares éléments spiralés. — Existence d'une flore aérobie et anaérobie très polymorphe.

A la suite de ces divers examens, Mlle C... a été soumise à un essai de traitement vaccinothérapique. Nous avons utilisé d'abord un Stock-vaccin à base de pneumo et de streptocoque et ultérieurement un auto-vaccin préparé à partir de germes isolés des crachats. Les réactions vaccinales ont été nulles et nous n'avons observé à aucun moment une modification appréciable de l'état broncho-pulmonaire ni des arthropathies.



OBSERVATION II

(Paul Jacquet, P. Roquejeoffre et J. Alavoine) ⁽¹⁾

Victorine M... vient à la consultation de l'hôpital Laennec le 23 février 1928 pour rhumatisme et bronchite chronique.

Agée de trente-quatre ans, ayant travaillé aux champs dans son enfance puis placée comme domestique, elle a eu sa première bronchite à l'âge de dix-sept ans.

Sans passé pulmonaire dans l'enfance, et sans qu'aucun épisode particulièrement aigu se retrouve au début, les bronchites, hivernales et traînantes, se sont répétées d'une année sur l'autre, n'entraînant de temps en temps qu'un bref alitement.

L'expectoration, peu marquée et épisodique au début, s'est amplifiée par la suite. Depuis six ans elle a atteint son abondance maxima et a pris les caractères habituels de l'expectoration de la dilatation des bronches.

Mucopurulente, épaisse, d'odeur fade, l'expectoration atteint quotidiennement le volume d'un verre à boire, soit une centaine de grammes environ. Elle revêt les caractères de la vomique matinale, la malade faisant, au réveil, la toilette de ses bronches et rejetant, dans ses quintes, en quelques minutes, la moitié au moins de son expectoration quotidienne. L'état général est assez bon et aucun phénomène aigu intercurrent, hémoptysie ou fétidité, n'a marqué à aucun moment l'évolution de cette bronchite.

(1) PAUL JACQUET, P. ROQUEJEOFFRE et J. ALAVOINE : Dilatation des Bronches et Rhumatisme chronique déformant. Action simultanée et très favorable de la Vaccinothérapie sur la bronchontie et les poussées articulaires. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 mars 1928, Tome III, N° 12.

L'exploration thoracique est masquée les premiers jours par des signes de bronchite diffuse : sibilances disséminées avec quelques râles humides, sans tendance à s'agglomérer en foyer. Pas de souffle, mais inspiration rude en tous points de la poitrine.

L'exploration radiologique à ce moment montre une densité hilaire particulièrement marquée à droite avec une opacité légère occupant les deux bases. Les deux sommets s'éclairent bien, les sinus costo-diaphragmatiques sont libres. Il n'y a pas de rétraction thoracique, pas d'image en mie de pain, mais un pinceau-tage bronchique important.

Un examen radioscopique après lipiodol a été pratiqué le 24 mars, sous la direction du Dr Soulas. La malade a eu, malheureusement, après l'instillation laryngée, de violentes quintes de toux qui ont eu pour effet de disséminer le lipiodol en gouttelettes opaques dans la masse du poumon. Sur un cliché pris par le Dr Hélie, cependant, on peut voir dans le champ de la base droite, appendues par des travées au pédicule hilaire et se juxtaposant juste au-dessus du diaphragme, une demi-douzaine de taches en grappe de raisin traduisant l'existence de bronchioles dilatées.

La recherche du bacille de Koch est demeurée négative.

La malade d'autre part souffre de rhumatismes. Toutes les jointures sont douloureuses quand nous l'examinons le premier jour, particulièrement celles des mains, des pieds, et la hanche du côté gauche.

Les pieds sont tuméfiés, particulièrement dans la zone sous et rétromalléolaire, par atteinte des gaines malléolaires et aussi de la tibiotarsienne. Les mains présentent d'autre part des déformations caractéristiques,

La main droite surtout est tuméfiée, et déformée suivant le type classique du rhumatisme chronique.

La tuméfaction rhumatismale des articulations métacarpo-phalangiennes, surtout vers le bord radial, de l'interligne radiocarpien et aussi du poignet, donne aux doigts, légèrement déviés vers le bord cubital, un aspect aminci et effilé. La peau, à la surface est tendue et luisante avec un aspect chaud et rosé au niveau des interlignes.

A un examen plus approfondi, on reconnaît que les déformations sont dues, non pas tant à la déviation ou à l'hypertrophie des

os comme le fait est de règle dans le rhumatisme déformant caractérisé mais à la tuméfaction importante et généralisée des séreuses articulaires, tendineuses et périarticulaires qui matelassent le squelette.

La palpation en effet révèle le caractère rénitent, kystique des séreuses articulaires et périarticulaires. Il s'agit d'hydarthroses multiples des jointures de la main et des jointures des doigts, de synovites avec épanchement, donnant à cette forme d'arthrite un caractère un peu particulier de rhumatisme séreux.

Le squelette, par contre, est beaucoup moins atteint. Aux deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes droites on provoque cependant de gros craquements osseux par les mouvements provoqués.

A l'annulaire droit et au médius gauche existe un léger degré de camptodactylie à l'union de la première et de la deuxième phalanges, que compense une légère hyperextension de la phalangelette sur la phalangine.

L'articulation de la phalangine et de la phalangelette d'autre part est légèrement élargie à certains doigts comme par un début de formation de nodosités d'Heberden, invisibles cependant sur la radiographie.

La radiographie de la main droite d'autre part, due au Dr Gally, montre, aux deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes, la résorption du cartilage diarthrodial avec commencement d'éburnation des épiphyses en contact.

Les rapports de la bronchorrhée et du rhumatisme, chez notre malade, sont remarquables. Les deux processus d'infection bronchique et articulaire sont intimement liés dans l'histoire de la maladie et attestent un rapport de causalité évident entre les deux affections.

C'est en 1921 que la bronchorrhée s'est installée avec son débit maximum, et c'est à ce moment également que sont apparues, pour la première fois, les douleurs articulaires généralisées. Deux ans plus tard, à l'âge de trente ans, en l'espace de quelques semaines et au cours d'une poussée bronchorrhéique et rhumatismale importante se sont constituées les déformations des mains qu'on constate actuellement.

Contemporaines du début de l'hypersécrétion bronchique, les poussées articulaires sont apparues toujours chez la malade en concomitance des poussées bronchorrhéiques, s'atténuant en même temps qu'elles mais sans jamais complètement disparaître. La bronchorrhée, pendant les premières années, était intermittente, n'existant qu'à certaines époques. C'est à ce moment précis que la malade souffrait le plus douloureusement des poussées articulaires.

Plusieurs fois, les poussées bronchitiques ont eu lieu en été, et elles se sont accompagnées chaque fois alors de poussées articulaires, la malade en donne l'affirmation, ce qui permet d'éliminer jusqu'à un certain point l'influence climatique.

Enfin, depuis le printemps de 1927, la bronchorrhée s'est installée à demeure, ne comportant qu'en décembre dernier une légère rémission. Et depuis près d'un an, à demi impotente et souffrant sans répit, la malade n'exerce plus qu'avec beaucoup de peine ses fonctions de ménagère.

Ajoutons que, en dehors de la suppuration pulmonaire, nous n'avons trouvé aucune autre cause à ce rhumatisme chronique. Il n'y a pas, chez notre malade, de stigmates d'hypothyroïdie, d'antécédents goutteux, d'infection digestive, biliaire ou dentaire évidente. La dentition est en bon état et bien entretenue. La malade est saine au point de vue gynécologique. Le Wassermann est négatif. Il n'y a pas de tuberculose dans les antécédents.

De tout temps, d'ailleurs, la malade a été quelque peu rhumatisante. Elle a eu, dans l'enfance, une hydarthrose des deux genoux, non soignée, ayant duré plusieurs mois; une poussée rhumatismale à vingt-trois ans, subaigue, sans alitement, et des lumbagos à plusieurs reprises. Elle n'a jamais eu de rhumatisme franc et le cœur est intact.

Successivement cultivatrice, domestique, puis ménagère, elle n'a jamais été exposée au froid humide plus que ne le comportent normalement ces diverses professions.

Désirant nous attaquer d'abord à la bronchorrhée, nous avons tenté chez notre malade un traitement par les vaccins. Nous avons utilisé le lysat-vaccin pneumo-strepto-diphthérique de Duchon.

Cinq injections ont été faites à trois jours d'intervalle l'une de l'autre.

1^{er} mars. — Première injection de $\frac{3}{4}$ de centimètre cube de vaccin associé à $\frac{1}{2}$ milligramme d'adrénaline.

4 mars. — Deuxième injection de $\frac{1}{2}$ centimètre cube de vaccin seulement sans adrénaline.

Ces deux injections occasionnèrent un véritable choc. Deux heures après, en effet, grand frisson, malaise, hyperthermie à 40°, le soir du premier jour, mouvement fébrile continu dans l'ensemble ayant duré six jours. Localement, réaction inflammatoire intense d'aspect érysypélateux.

Les troisième, quatrième et cinquième injections eurent lieu les 7, 10 et 13 mars, aux doses respectives de $\frac{3}{4}$, 1, puis 1 c.c. Elles ne comportèrent que des réactions minimales et furent bien supportées.

Le résultat obtenu a été inattendu et bien au-delà de ce que nous pouvions envisager.

Dès la deuxième injection, la malade remarque que son expectoration se fluidifie et a légèrement tendance à décroître. Après la troisième injection, l'amélioration est certaine. A la fin du traitement, l'expectoration est complètement tarie. La malade ne rejette plus chaque matin, et tout au plus nous dit-elle, que quatre ou cinq crachats muqueux ne renfermant de particules épaisses qu'en minime quantité. Ce résultat s'est maintenu depuis lors sans changement. Parallèlement la bronchite diffuse a complètement cessé.

Les réactions inflammatoires des jointures se dissipent en même temps. Leur régression est exactement calquée sur celle de la bronchorrhée, et ceci n'est pas un des points les moins curieux de cette observation.

Dès la seconde injection vaccinale, en effet, les jointures sont plus libres. Après la troisième piqûre, alors que la malade était frappée de la modification qualitative et de la diminution commençante de son expectoration, elle observe en même temps une diminution très notable des phénomènes douloureux et nous en fait la remarque. Ses mains, qui, lors des premiers jours, présentaient une réaction inflammatoire manifeste, chaude, légèrement rosée douloureuse au point que la malade évitait tout mouvement actif ou passif de ses mains, perdent ce caractère nettement inflammatoire.

Les arthralgies multiples dont elle souffrait disparurent, et, depuis la fin du traitement, la malade se sert de ses mains comme elle n'a pu le faire depuis longtemps.

Depuis la fin du traitement d'ailleurs, l'amélioration continue et s'accroît de jour en jour. Depuis une huitaine notamment, la malade manifeste un entrain, une gaieté, éprouve une sensation de bien-être et de santé véritable qu'elle n'avait jamais eue depuis de longues années.

Les manifestations locales se transforment à vue d'œil.

Le 20 mars, la poitrine, entièrement dégagée de la bronchite diffuse, présentait des signes de condensation dans la région interscapulo-vertébrale du côté droit. Dans toute la hauteur de cette zone, matité discrète avec exagération notable des vibrations vocales. Diminution marquée du murmure vésiculaire, quelques gros râles obscurs après les efforts de toux, un peu de bronchophonie. Rien aux autres points du poumon.

Huit jours après, le 28 mars, ces signes de condensation eux-mêmes sont réduits au minimum; seule l'exagération légère des vibrations et un peu d'obscurité dans la zone précitée retiennent l'attention. A l'écran, clarté pulmonaire parfaite, avec, outre le lipiodol résiduel visible dans les bronchectasies, un simple pinceautage bronchique anormalement développé.

Les déformations articulaires elles-mêmes commencent à céder et leur atténuation est particulièrement nette dans la huitaine écoulée. La tuméfaction cylindrique du poignet s'est affaïssée, la région a repris ses méplats. Les gonflements métacarpo-phalangiens ont diminué eux aussi, leur consistance est moins ferme, beaucoup moins rénitente. La peau se plisse aisément sur les mains encore déformées dont la température et la sensibilité sont redevenues normales.

Des applications de rayons ultra-violets ont été employées comme traitement adjuvant, sur les mains d'abord et sur tout le corps ensuite. Les irradiations ont été employées pour la première fois en même temps que la vaccinothérapie. Nous ne pensons pas, toutefois, qu'il puisse y avoir, de ce fait, une erreur d'interprétation de l'action du vaccin.

Bien qu'un recul de trois semaines soit insuffisant pour préjuger de l'avenir et que la probabilité de rechutes ne soit guère douteuse, les résultats obtenus semblent devoir être durables. Aucun

retour en arrière ne tend à se manifester. Bien au contraire l'amélioration spontanée continue de jour en jour et de la façon la plus satisfaisante.

Tels sont les points intéressants de cette observation, véritablement schématique, et que nous rapportons sans autres commentaires.

L'existence d'un rhumatisme infectieux, et de déformations des mains en particulier, est classique au cours des suppurations pulmonaires de longue haleine, mais le type du rhumatisme chronique déformant survenant dans ces conditions est, à notre connaissance, d'une exceptionnelle rareté.

L'action, véritablement inespérée enfin, de la vaccinothérapie, faisant coup double en quelque sorte, est des plus intéressantes et mérite d'être retenue.



OBSERVATION III

(Jean Minet et Warenbourg) ⁽¹⁾

Le malade dont nous présentons l'observation est un homme de 52 ans entré à la Clinique médicale de la Charité le 5 février 1931.

Depuis l'âge de 5 ans, il présente de la bronchite chaque hiver; l'été les phénomènes se calment pour réapparaître dès les premiers froids. Depuis quelques années, les poussées sont plus longues, s'accompagnent d'une expectoration de plus en plus abondante, résistent moins au repos et à la thérapeutique instituée.

Le malade, en dehors de cette affection bronchique, n'a pas présenté de maladie grave; en particulier il n'a jamais été atteint ni de pneumonie ni de congestion pulmonaire, ni d'une autre affection sévère du poumon. Ces antécédents ne montrent non plus rien de spécial.

Au moment où il entre à l'hôpital, nous nous trouvons en présence d'un homme bien constitué, sans malformation physique appréciable. Il n'a pas maigri : son teint est coloré; toutefois, on est frappé par son aspect légèrement dyspnéique (il a 27 respirations par minute) et par un gonflement assez accusé des veines du cou. Sa température oscille entre 37°5 et 38°5.

Il se plaint d'asthénie, d'essoufflement à l'effort, de douleurs thoraciques disséminées, vagues et fugaces, et surtout d'une toux

(1) JEAN MINET et WARENBOURG : Rhumatisme et Bronchite chronique très améliorés par la Vaccinothérapie chez un dilaté bronchique. *Réunion des Hôpitaux de Lille* : 22 Juin 1931 ; *Le Nord Médical* : 1^{er} Janvier 1932.

fréquente, grasse, parfois quinteuse que suit une expectoration sur laquelle notre attention est aussitôt attirée.

Le malade, en effet, crache par vingt-quatre heures, 400 ou 500 grammes d'un liquide purulent, verdâtre, d'odeur fade, mais non fétide. L'expectoration est surtout considérable le matin au réveil; il se produit à ce moment une véritable petite vomique journalière. Recueillis dans un verre, les crachats se rassemblent en trois couches typiques : séro-purulente, muqueuse et purulente vraie, montrant ainsi leur origine bronchique indiscutable. Notons dès maintenant qu'ils ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le malade a de plus présenté, en mai dernier, quelques hémoptysies qui, depuis, ne se sont pas reproduites.

A l'examen, le thorax est globuleux, bombant surtout dans les régions sous-claviculaires; il se soulève en bloc à l'inspiration.

Dans la totalité des deux poumons, la sonorité est exagérée, les vibrations sont diminuées, l'inspiration est humée et courtée, l'expiration prolongée et difficile; bref, il existe des signes évidents d'emphysème. On note encore des ronchus et des sibilants disséminés dans les deux poumons, quelques râles congestifs à la base droite, enfin à la base gauche une submatité légère, un léger souffle expiratoire, de nombreux sous-crépitants et des frottements pleuraux.

L'appareil circulatoire n'offre rien de bien anormal : la pointe du cœur bat dans le cinquième espace; les bruits à la pointe et à la base sont un peu sourds, mais sans souffle ni galop surajoutés. Le pouls est bien frappé à 93; la tension artérielle est 14 — 7 1/2.

Les autres appareils ne présentent rien de particulier. Les digestions sont bonnes; le foie est normal; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine; le système nerveux est intact.

En somme, ce malade apparaît comme un toussueur ancien, qui montre des signes d'emphysème, de bronchite chronique, et chez lequel l'abondance et le caractère spécial de l'expectoration, ainsi que les hémoptysies, font penser à une bronchectasie possible, localisée ou prédominante à la base gauche.

L'examen radiologique confirme ces conclusions.

Il montre des champs pulmonaires gris dans l'ensemble, des sommets sombres, mais s'éclairant à la toux, des hiles chargés, prolongés vers la base droite et surtout vers la base gauche par des ombres périclavovasculaires très accentuées.

L'injection intra-trachéale de Lipiodol montre enfin de petites images ampullaires en doigts de gant, bilatérales, diffuses, mais surtout abondantes à la base gauche.

Ainsi l'on se trouve en présence d'une dilatation des bronches à forme diffuse et bilatérale, pour laquelle, par conséquent, il n'est permis d'envisager qu'un traitement médical.

Le sujet est soumis, dans ces conditions, à la thérapeutique vaccinale; il reçoit quotidiennement, pendant douze jours, une ampoule de vaccin antiasthmatique du Professeur Minet. Dès la cinquième piqûre, la toux, l'expectoration ont considérablement diminué; la dyspnée a disparu; l'examen thoracique ne montre plus que la présence de quelques frottements à la base gauche. Lorsque la série se termine, l'expectoration est tombée à 50 grammes par jour; l'état général s'est considérablement amélioré; les signes de bronchite et de congestion passive des bases ont disparu; le malade sort à ce moment pour reprendre son travail.

Il nous revient le 27 mai. A la suite d'une période d'accalmie de plusieurs mois, au cours de laquelle il n'a plus suivi aucun traitement, une poussée de bronchite s'est dessinée à nouveau; l'expectoration est revenu à son taux antérieur; les signes physiques sont les mêmes qu'en février dernier; l'état général est légèrement atteint.

De plus, le malade se plaint de douleurs violentes au niveau des deux genoux, douleurs surtout nocturnes, non calmées par le repos, s'exagérant par les mouvements et la fatigue. Elles sont actuellement si violentes, qu'elles confinent le sujet au lit et l'empêchent de marcher.

A l'examen, les deux genoux paraissent empâtés, un peu tuméfiés; la peau, à leur niveau, semble saine; la mobilisation active ou passive de la jambe sur la cuisse, la pression au niveau des interlignes articulaires entraînent des douleurs très vives. Il existe des craquements articulaires à droite et à gauche; enfin on perçoit au genou droit un léger choc rotulien. L'examen de toutes les autres articulations ne montre rien d'anormal. On note seulement un léger hippocratisme des doigts et des gros orteils.

Sans essayer d'agir directement sur ces manifestations rhumatismales, on met le malade, comme lors de son premier séjour

à l'hôpital, à la cure vaccinale. Dès la troisième ou quatrième piqûre, les phénomènes, broncho-pulmonaires rétrocedent, comme ils l'avaient fait déjà. Mais de plus les manifestations articulaires tendent, elles aussi, à régresser; l'empâtement disparaît, les douleurs diminuent; le malade est capable de faire quelques pas; et, à la fin de la série de piqûres, tandis que la poussée de bronchite est rentrée dans l'ordre, que l'expectoration est devenue insignifiante; le rhumatisme des genoux a, de son côté, complètement disparu; les douleurs n'existent plus; la marche est redevenue ce qu'elle était auparavant; à peine subsiste-t-il quelques vagues craquements dans le genou gauche; bref, le malade s'est tellement amélioré que, grabataire deux semaines auparavant, il accomplit maintenant les fonctions de garçon de salle à la plus grande satisfaction de ceux qui l'emploient.

CONCLUSIONS

1. — Les complications ostéo-articulaires des bronchectasies représentent une éventualité relativement commune. Presque toujours, elles évoluent sous l'aspect très particulier de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante dite pneumique.
2. — Chez certains malades se trouve réalisé un tableau très différent : un syndrome typique de rhumatisme chronique déformant ; la prédominance aux extrémités, les douleurs, la tuméfaction et les déformations articulaires, la déviation des doigts vers le bord cubital et parfois les troubles trophiques des téguments, tels en sont les principaux caractères.
3. — Les déformations constatées sont dûes non seulement à la déviation et à l'hypertrophie osseuse mais aussi et surtout à l'inflammation chronique et à la tuméfaction des séreuses péri-articulaires.
4. — Il existe néanmoins des altérations osseuses manifestes qu'attestent les clichés radiographiques : décalcification parfois étendue, érosion du cartilage de revêtement avec éburnation des épiphyses et, dans les cas avancés, disparition des interlignes articulaires et ankylose osseuse.

5. -- L'association d'une déformation hippocratique des doigts a été notée, de façon inconstante il est vrai. La coexistence avec l'ostéopathie hypertrophiante ne semble pas avoir été observée; les lésions d'ostéite engainante diaphyso-épiphysaire, tenues par beaucoup pour caractéristiques de la maladie de Pierre Marie, paraissent faire ici constamment défaut.
6. -- La pathogénie du rhumatisme déformant est loin d'être établie : d'aucuns y voient un exemple de rhumatisme par infection « focale ». D'autres accusent plutôt des troubles circulatoires, ces entraves qu'apportent à la petite circulation des lésions broncho-pulmonaires étendues.
7. — Les manifestations articulaires sont souvent améliorées et parfois de façon remarquable par la thérapeutique dirigée contre l'affection causale associée à la vaccinothérapie.

VU PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR : CHARLETY.

LE DOYEN : BALTHAZARD.

LE PRESIDENT DE THESE: LEON BERNARD.

CHARLEVILLE

Imprimerie Moderne, 21, Rue du Petit-Bois

1932

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. — Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN. — Pathologie médicale
BENARD Henri. — Pathologie médicale.
BROCQ. — Pathologie chirurgicale
BRULE. — Pathologie médicale
BUSQUET. — Pharmacologie
CADENAT. — Pathologie chirurgicale.
CATHALA. — Pathologie médicale.
CHABROL. — Pathologie médicale
CHAILLEY-BERT. — Physiologie
CHEVALLIER. — Pathologie médicale.
DOGNON. — Physique.
DONZELOT. — Pathologie médicale.
ECALLE. — Obstétrique.
FEY. — Urologie.
GASTINEL. — Bactériologie.
GATELIER. — Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. — Pathologie chirurgicale.
GIROUD. — Histologie
HARVIER. — Pathologie médicale.
HAZARD. — Pharmacologie.
HOVELACQUE. — Anatomie.
HUGUENIN. — Anatomie pathologique.
HUTINEL. — Pathologie médicale.

MM.

JOANNON. — Hygiène.
LABBE Henri. — Chimie biologique.
LAROCHE Guy. — Pathologie médicale.
LEVEUF. — Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI. — Neuro-psychiâtrie.
LIAN. — Pathologie médicale.
MONDOR. — Pathologie chirurgicale.
MOREAU. — Pathologie médicale.
MOULONGUET. — Pathologie chirurgicale.
MOURE. — Pathologie chirurgicale.
OBERLING. — Anatomie pathologique.
OLIVIER. — Anatomie.
PIEDELIEVRE. — Médecine légale.
PORTES. — Obstétrique.
QUENU. — Pathologie chirurgicale
RICHET. — Physiologie
SANNIE. — Chimie biologique.
SEZARY. — Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT. — (Pasteur). — Pathologie médicale
VAUDESCAL. — Obstétrique.
VELTER. — Ophtalmologie.
VERNE. — Histologie.
VIGNES. — Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUENIOT. — Obstétrique.
LEQUEUX. — Obstétrique.
LEROUX. — Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. — Parasitologie.
RETTERER. — Histologie.
ZIMMERN. — Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

ABRAMI. — Clinique médicale.
CHIRAY. — Clinique médicale.
DEBRE. — Clinique médicale.
DUVOIR. — Clinique médicale.
BASSET. — Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. — Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. — Clinique chirurgicale.
MATHIEU. — Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT. — Clinique chirurgicale.
PROUST. — Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. — Clinique chirurgicale.
LE LORIER. — Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL. — Clinique obstétricale.
METZGER. — Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE. — Professeur sans chaire — Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

MM.

FREY. — Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. — Education physique.
LEDoux-LEBARD. — Radiologie
WEIL-HALLE. — Puériculture.
